



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

FORMULAR RIÇERTIFIKIMI PËR NDIHMËS FARMACISTË

Emër Mbiemër: _____

Nr Çertifikate _____

Rrethi/ Rajoni _____

Adresa _____

Vendi i punës _____

Drejtuës teknik/ i punësuar _____

Nr telefoni _____

Adresë e-mail _____

Ky formular duhet të shoqërohet me:

1. 3 fotografi (me veshje serioze) të përmasave 3x3.5 cm
2. Ekstraktin historik të QKR-së të 3 muajve të fundit
3. Fotokopjen e licensës së QKL-së
4. Fotokopjen e kartës së identitetit
5. Mandatin e pagesës së kuotizacioneve ndaj UFSH-së deri më 30.06.2015
6. Mandatin e pagesës për rinovimin e Lejes së Ushtrimit të Profesionit me vlerë 5 000 lekë, bazuar në Vendimin nr.4, dt 03.12.2014.

Ju lutemi të plotësoni të gjitha pikat e këtij formulari me korrektësi, ne rast të kundërt aplikimi do të refuzohet.

_____ më _____, _____

(Emër, Mbiemër, Firmë)